



Name: _____

MRN: _____

DOB: _____

Cuestionario para Visita de Bienestar Anual

Pregunta	Respuesta (Complete o marque el recuadro.)	Comentario
1. ¿Con qué frecuencia tiene problemas para manejar cosas estresantes, como su salud, finanzas o relaciones de trabajo?	<input type="checkbox"/> 1 - Siempre <input type="checkbox"/> 2 - Habitualmente <input type="checkbox"/> 3 - A veces <input type="checkbox"/> 4 - Raras veces <input type="checkbox"/> 5 - Nunca	
2. ¿Con qué frecuencia obtiene el apoyo social y emocional que necesita?	<input type="checkbox"/> 1 - Siempre <input type="checkbox"/> 2 - Habitualmente <input type="checkbox"/> 3 - A veces <input type="checkbox"/> 4 - Raras veces <input type="checkbox"/> 5 - Nunca	
3. En general, ¿qué tan satisfecho está usted con su vida?	<input type="checkbox"/> 1 - Muy satisfecho <input type="checkbox"/> 2 - Satisfecho <input type="checkbox"/> 3 - Insatisfecho <input type="checkbox"/> 4 - Muy insatisfecho	
4. ¿Le cuesta trabajo oír la TV o la radio, o le cuesta trabajo entender conversaciones?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
5. ¿Necesita ayuda para preparar comidas, transporte, compras, tomar sus medicamentos o gestionar sus finanzas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
6. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, arreglarse, bañarse o usar el baño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
7. ¿Tiene una alarma de humo que funcione en su casa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
8. ¿Tiene su casa alfombras sueltas en el pasillo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
9. ¿Tiene su casa mala iluminación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
10. ¿Tiene su casa barras de agarre en el baño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
11. ¿Tiene su casa pasamanos en las escaleras?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
12. ¿Vive solo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
13. ¿Se abrocha siempre el cinturón de seguridad cuando está en el coche?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
14. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días bebió alcohol?		
15. ¿En cuántos de esos días tomó cuatro o más bebidas?		

Pregunta	Respuesta (Complete o marque el recuadro.)	Comentario
16. ¿Conduce usted alguna vez después de beber alcohol, o viaja con un conductor que haya estado bebiendo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
17. ¿Cuántos días a la semana hace usted ejercicio normalmente?		
18. ¿Qué tan intenso es su ejercicio habitual?	<input type="checkbox"/> 1 - Actualmente no hago ejercicio <input type="checkbox"/> 2 - Ligero (<i>Ejemplo:</i> caminar despacio) <input type="checkbox"/> 3 - Moderado (<i>Ejemplo:</i> caminar rápido) <input type="checkbox"/> 4 - Intenso (<i>Ej.:</i> trotar o nadar) <input type="checkbox"/> 5 - Muy intenso (<i>Ej.:</i> correr)	
19. En un día normal, ¿cuántas porciones de alimentos altos en fibra o integrales come? (1 porción = 1 rebanada de pan de trigo integral 100%, 1 taza de cereal integral o alto en fibra listo para comer, ½ taza de cereal cocinado, como avena, ½ taza de arroz integral cocinado o pasta de trigo integral)		
20. En un día normal, ¿cuántas porciones de frutas y/o verduras come? (1 porción=1 taza de verduras frescas; 1/2 taza de verduras cocinadas, o 1 pieza de fruta mediana.)		
21. En un día normal, ¿cuántas porciones de alimentos fritos o altos en grasas come? (ej.: pollo frito, pescado frito, tocino, papas fritas, frituras de maíz, donas, aderezos cremosos de ensalada, y alimentos hechos con leche entera, crema, queso o mayonesa)		
22. En los últimos 7 días, en una escala de 1 – 10, ¿cuánto dolor ha sentido? (1= ninguno/dolor mínimo, 10 = el peor dolor que alguien se pudiera imaginar)		
23. ¿Cuántas horas de sueño consigue normalmente cada noche?		
24. ¿Quiénes son sus proveedores médicos actuales? (<i>Ejemplo:</i> equipamiento médico duradero)		

Firma del Paciente o Representante del Paciente

Fecha de Firma

Firma del Médico

Fecha de Firma